

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**O GRAU DE RESILIÊNCIA E A EXPRESSÃO DOS
SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS**

Luís Alberto Camilo da Silva

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2016

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**O GRAU DE RESILIÊNCIA E A EXPRESSÃO DOS
SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS**

Luís Alberto Camilo da Silva

Dissertação, orientada pela Professora Doutora Maria Eugénia Duarte Silva

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2016

Agradecimentos

À Professora Doutora Maria Eugénia Duarte Silva pela sua preciosa orientação, pela sua grande disponibilidade e apoio e pela partilha de conhecimentos ao longo deste percurso.

A todos os amigos e colegas, pela presença e apoio ao longo destes cinco anos, onde não posso deixar de destacar a Gracinda, a Luísa, a Verónica e a Nazira pela partilha e pela presença constante, cumplicidade e interajuda, que foram determinantes no sucesso da minha caminhada. Às colegas e amigas Sónia e Andreia pelo seu companheirismo ao longo destes dois últimos anos letivos.

À filhota Neuza pela alegria e compreensão, boa disposição e valorização, partilha e traquinices e à Célia, minha esposa, pelos incentivos, ouvinte atenta de algumas dúvidas, inquietações, desânimos e sucessos, pelo apoio e pela confiança, que me deram, desta forma, coragem para ultrapassar a culpa pelo tempo que a cada dia lhes subtraía.

Aos meus pais, com uma palavra de reconhecimento muito especial para eles, pelo amor incondicional e pela forma como ao longo de todos estes anos, tão bem, souberam ajudar-me.

Ao meu falecido avô, com quem ainda estudei à sua cabeceira e que permanece vivo nas minhas memórias e representações.

A todos aqueles que comigo partilharam esta caminhada, com destaque para os meus colegas de trabalho da DAPRH que me apoiaram e me ajudaram a finalizar esta etapa da minha vida.

A todos aqueles que se disponibilizaram para responder aos questionários.

O meu muito obrigado!

Resumo

A presente investigação refere-se ao estudo da resiliência e a expressão da sintomatologia psicopatológica, verificando a relevância da idade e do género, numa amostra de indivíduos adultos da população geral Portuguesa. Os objetivos são: (1) estudar a relação entre a resiliência e o género e entre a resiliência e a idade; (2) estudar a relação entre os sintomas psicopatológicos e a idade e entre os sintomas psicopatológicos e o género; (3) estudar a relação entre a resiliência e a sintomatologia psicopatológica e (4) estudar de que forma a resiliência e a idade, explicam a variabilidade da sintomatologia psicopatológica. Participaram neste estudo 310 indivíduos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 18 e os 83 anos. Os instrumentos utilizados foram: *Brief Symptom Inventory* – BSI (Derogatis, 1982), traduzido e adaptado para a população portuguesa por Canavarro (1999) e a Escala de Resiliência de *Connor-Davidson* - CD-RISC (Connor & Davidson, 2003) traduzido e adaptado em Portugal por Faria e Ribeiro (2008). Os resultados mostram que (1) o género feminino apresenta maior grau de resiliência face ao masculino; (2) na sintomatologia psicopatológica o género feminino apresenta valores de somatização e ansiedade superiores face ao masculino; (3) a sintomatologia psicopatológica associa-se negativamente com a resiliência, embora as influências espirituais não se associem com a sintomatologia psicopatológica; (4) a confiança no próprio, a tolerância ao efeito negativo e reforçador do stresse, assim como uma aceitação positiva da mudança, as relações interpessoais seguras e a idade têm um contributo reduzido (9%) na predição da sintomatologia psicopatológica. Os resultados são discutidos de acordo com a literatura e são apontadas limitações do estudo bem como sugestões para novas investigações.

Palavras-chave: resiliência, sintomas psicopatológicos, idade, género

Abstract

This research refers to the study of resilience and the expression of the psychopathological symptoms by checking the relevance of the age and gender in a sample of adults of the Portuguese population. The objectives are: (1) to study the relationship between resilience and gender and between resilience and age; (2) to study the relationship between psychopathological symptoms and age and between psychopathological symptoms and gender; (3) to study the relationship between resilience and psychopathological symptoms and (4) to study how the resilience and age, explain the variability of the psychopathological symptoms. 310 participants of both gender, ranging from 18 to 83 years old, were involved in the present study. Two instruments were used: *Brief Symptom Inventory* – BSI (Derogatis, 1982), translated and adapted to the Portuguese population by Canavarro (1999) and the *Connor-Davidson Resilience Scale* - CD-RISC (Connor & Davidson, 2003), translated and adapted in Portugal by Faria and Ribeiro (2008). The results show that: (1) the female gender have a higher degree of resilience than the male; (2) in the psychopathological symptoms the female gender has higher values in somatization and anxiety than the male; (3) the psychopathological symptoms are negatively associated with resilience, although the spiritual influences do not associate with the psychopathological symptoms; (4) the confidence in their selves, the tolerance to the negative and reinforce effect of stress, the positive acceptance of change, the secure interpersonal relationships and age have a reduced contribution (9%) to predict psychopathological symptoms. Results are discussed in accordance with the literature. Limitations are pointed out and suggestions for future research are proposed.

Keywords: resilience, psychopathological symptoms, age, gender

Abreviaturas e símbolos

α	Probabilidade de erro Tipo I; Índice de consistência interna de Cronbach
BSI	Brief Symptom Inventory
CD-RISC	Connor-Davidson Resilience Scale
DP	Desvio Padrão
IGS	Índice Geral de Sintomas
M	Média
Mdn	Mediana
QS	Questionário Sociodemográfico
r	Coefficiente de correlação de Pearson
RG	Resultado Global
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

Índice

INTRODUÇÃO	1
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1.1. A resiliência	4
1.1.1. A multidimensionalidade da resiliência	5
1.2. Psicopatologia	8
1.2.1. Sintomatologia psicopatológica	8
1.3. A resiliência e a sintomatologia psicopatológica	9
2. OBJETIVOS E HIPÓTESES DE ESTUDO.....	12
3. MÉTODO	15
3.1. Caracterização da amostra	15
3.2. Instrumentos	16
3.2.1. Questionário sociodemográfico (QS).....	16
3.2.2. Inventário de sintomas psicopatológicos (BSI).....	17
3.2.3. Escala de Resiliência de Connor-Davidson (CD-RISC).....	18
3.3. Procedimentos	20
3.4. Procedimento estatístico	20
4. RESULTADOS.....	23
4.1. Caracterização e análise da resiliência face às variáveis sociodemográficas	23
4.1.1. Análise da relação entre a resiliência e a idade	23
4.1.2. Caracterização da resiliência de acordo com o género	23
4.2. Caracterização e análise dos sintomas psicopatológicos face às variáveis sociodemográficas	24
4.2.1. Análise da relação entre a sintomatologia psicopatológica e a idade	24
4.2.2. Caracterização da sintomatologia psicopatológica de acordo com o género	24
4.3. Análise da relação entre a resiliência e a sintomatologia psicopatológica	25
4.4. Análise da sintomatologia psicopatológica em função dos fatores de resiliência e da idade	26
5. DISCUSSÃO	27
5.1. Comparação da resiliência e da sintomatologia psicopatológica tendo em conta o género e a idade	27
5.2. Relação entre a resiliência e a sintomatologia psicopatológica	29
5.3. A sintomatologia psicopatológica em função dos fatores da resiliência e da idade	30
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
ANEXOS	38

Índice de Quadros

Quadro 3.1. <i>Características Demográficas da Amostra (N).</i>	15
Quadro 3.2.2. <i>Consistência interna (α Cronbach) das nove dimensões e do IGS do BSI</i>	18
Quadro 3.2.3. <i>Consistência interna (α Cronbach) das Subescalas do CD-RISC</i>	19
Quadro 4. <i>Caracterização do grau de resiliência e de sintomatologia psicopatológica.</i>	23
Quadro 4.1.1. <i>Coeficiente de correlação entre a resiliência (IGS e Fatores) e a idade.</i>	23
Quadro 4.1.2. <i>Caracterização da resiliência de acordo com o género (N).</i>	24
Quadro 4.2.1. <i>Coeficiente de correlação entre a sintomatologia psicopatológica (IGS e dimensões) e a idade.</i>	24
Quadro 4.2.2. <i>Caracterização da sintomatologia psicopatológica relativamente ao género (N).</i>	25
Quadro 4.3.1. <i>Correlações entre a sintomatologia psicopatológica e a resiliência (N).</i>	25

Anexos

Anexo A	Consentimento informado
Anexo B	Questionário sociodemográfico

Introdução

O presente trabalho incide no estudo da relação da resiliência com a sintomatologia psicopatológica, analisando de que modo a idade e o género se envolvem nessa relação.

As mudanças que resultam do desenvolvimento das sociedades e do avanço tecnológico impõem novos ritmos que parecem contribuir para um aumento da complexidade, da diversidade e da frequência das exigências que um indivíduo pode enfrentar na vida quotidiana. Estas novas exigências podem traduzir-se em desafios e dificuldades num ambiente de competição muito exigente, no domínio interpessoal, onde as expectativas são muitas vezes colocadas para lá das possibilidades reais de cada um. A compreensão da resiliência pode desempenhar um papel determinante nas respostas a essas exigências, que parecem contribuir para um aumento da sintomatologia psicopatológica. A saúde mental e o bem-estar emocional são elementos que, com frequência, aparecem referidos e associados na investigação que aborda os diversos tipos de adversidades que o indivíduo enfrenta durante o seu desenvolvimento, ao longo do ciclo vital, sendo relevado o nível de stress diário (Almeida, 2005). Assim, o crescente interesse do estudo da resiliência nas últimas décadas, para além da compreensão e exploração dos fatores de risco e de proteção, que dificultam ou promovem a sua emergência, tem procurado determinar a sua relevância e potencial utilização na intervenção clínica (Fava & Tomba, 2009), ao nível do trabalho e da prevenção da sintomatologia psicopatológica percebida.

Ainda assim, têm-se observado, na literatura, resultados diversificados nas relações específicas entre a resiliência e os seus fatores e a sintomatologia e dimensionalidade psicopatológicas. Para além de uma heterogeneidade de resultados observa-se uma variação substancial da resiliência ao nível do conceito e da sua mensuração, relevando a importância de estudar os aspetos específicos dos domínios da saúde mental num contexto da população geral.

Para responder a este desafio estudou-se, na população geral adulta, as associações entre variáveis sociodemográficas (idade e género), a resiliência e seus fatores e a sintomatologia psicopatológica e suas dimensões. Analisou-se ainda a capacidade preditiva dos fatores da resiliência e da idade na variabilidade da sintomatologia psicopatológica.

Este trabalho está organizado em sete capítulos. O primeiro capítulo, o enquadramento teórico, procura tocar nos desenvolvimentos mais recentes acerca da temática da resiliência e da sintomatologia psicopatológica. No segundo capítulo expõem-se os objetivos e as hipóteses delineadas para o estudo. No terceiro é descrita a metodologia utilizada, com referência aos participantes do estudo, aos instrumentos utilizados, ao procedimento e à análise estatística dos dados. No quarto capítulo são apresentados os resultados e no quinto procede-se à discussão sobre estes. Por último, no sexto capítulo, são apresentadas as conclusões e limitações do estudo, bem como algumas sugestões para futuras investigações.

1. Enquadramento teórico

Ao longo da vida, o indivíduo é confrontado com exigências ao nível dos seus diversos contextos que, por vezes, parecem ser difíceis de conciliar, e a realidade atual, como a da crise económica, pode contribuir para o agudizar dessas exigências que, mesmo ao nível das rotinas diárias, podem ser potenciadoras de experiências de stresse diário.

Lazarus e Folkman (1984) associam o stresse diário às situações em que o indivíduo percebe que as exigências do meio em que se encontra inserido ultrapassam os seus recursos disponíveis. Estas situações são potencialmente geradoras de irritação e angústia e podem colocar o bem-estar do indivíduo em causa (Lazarus & Folkman, 1984, citado por Diehl, Hay, & Chui, 2012). Para além disso, mais de metade da população adulta experimenta, pelo menos uma vez, durante o seu ciclo vital, um evento traumático, quer seja através de um evento violento, da vivência de uma situação de risco de vida, ou de um incidente que envolva medo ou desamparo (Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003). Também o aumento contínuo da esperança de vida, nos últimos cinquenta anos, e o ficar mais velho podem representar para o indivíduo um acumular de perdas a vários níveis (e.g., financeiro, psicossocial, pessoal, saúde, independência, cognitivo e funcional; Lavretsky, 2012), colocando, também estas, em causa, o bem-estar do indivíduo. Assim, ao longo da vida, todo o indivíduo tende a vivenciar algum tipo de adversidade ou de stresse diário, que poderá ter um impacto negativo, na sua saúde ou no seu bem-estar.

Ainda assim, nos contextos de adversidade ou de stresse diário, observam-se indivíduos que apresentam padrões de funcionamento indicativos de uma adaptação positiva a esses contextos, indivíduos ditos resilientes, ou seja, que conseguem retomar o equilíbrio fisiológico e psicológico, após a exposição a essas situações, verificando-se contudo uma variabilidade ao nível dos constituintes dessa resiliência, de acordo com o contexto, a idade, o género ou a origem cultural (Lavretsky, 2012).

Os resultados dos primeiros estudos na área da resiliência realizados com populações de risco (e.g., Rutter, 1985; Werner & Smith, 1982), ou seja, populações que evidenciavam ser particularmente vulneráveis ao desenvolvimento de psicopatologia, observaram que alguns indivíduos, que também pareciam partilhar determinadas características, apesar das condições adversas do meio em que viviam, revelavam uma boa adaptação (Robinson, Larson, & Cahill, 2014).

1.1. A resiliência

O conceito de resiliência, quando utilizado no domínio da psicologia, refere-se à capacidade de um indivíduo recuperar de experiências emocionais negativas e à sua flexibilidade na adaptação às exigências decorrentes dessas mesmas experiências (Hu, Zhang, & Wang, 2015). Sendo amplamente reconhecida a complexidade da sua definição, de acordo com Hu e colaboradores (2015), é consensual a identificação de três orientações: traço, processo e resultado, que decorrem das definições mais atuais. Ainda de acordo com estes autores, a orientação da resiliência, enquanto traço, sugere que esta é uma característica pessoal que ajuda o indivíduo a alcançar um bom desenvolvimento adaptativo, permitindo-lhe superar o impacto de eventos traumáticos ou de situações de adversidade. Mas, mais do que o impacto de eventos traumáticos, que são relativamente raros, e, portanto, o seu efeito cumulativo sobre a saúde e o bem-estar, pode não ser tão importante (Lazarus, 1999, citado por Almeida, 2005), é o stress diário da vida quotidiana, como foi referido, que parece ter um impacto mais relevante na adaptação, na saúde e no bem-estar do indivíduo, ao longo do seu ciclo vital (Lazarus & Folkman, 1984), ou seja, são os desafios do dia-a-dia (e.g., as preocupações diárias com o trabalho, o papel social de cuidador, o transporte entre o trabalho e o domicílio) ou as pequenas e inesperadas ocorrências (e.g., como prazos de trabalhos imprevistos e as avarias dos computadores) que perturbam a vida diária (Almeida, 2005).

Assim, as teorias sugerem que, para além do estudo do impacto de eventos traumáticos ou de situações de adversidade ou de stresse crónico, poderá ser a compreensão da forma como os adultos lidam com o stresse diário, mediado pelos fatores de risco e pelos fatores de resiliência, que permitirá compreender o bem-estar e a adaptação dos indivíduos ao longo do seu ciclo de vida (Diehl et al., 2012).

1.1.1. A multidimensionalidade da resiliência

Segundo Connor e Davidson (2003), a investigação das últimas décadas demonstra que a resiliência é multidimensional e que esta se apresenta como uma qualidade pessoal, que permite uma adaptação positiva nas situações de adversidade, dinamizada de acordo com o contexto, o tempo, a idade, o género, a cultura e as circunstâncias de vida. De acordo com estes autores, embora eles reconheçam a pouca investigação sobre a importância da resiliência no trabalho clínico, o crescente foco na promoção da saúde e do bem-estar promove uma oportunidade de estudar o contributo da resiliência, desviando a orientação preferencial sobre a patologia.

Como já foi referido, a compreensão da forma como os adultos lidam com o stresse diário poderá permitir entender o bem-estar e a adaptação de cada indivíduo. Para isso é determinante verificar de que forma é que o bem-estar e a adaptação de cada um é mediada pela interação entre os fatores de risco e os fatores de proteção ou resilientes, enquanto determinantes pessoais, quer sejam individuais ou ambientais. A responsabilidade social, a capacidade de adaptação, a orientação para a realização e a autoestima são qualidades que se associam com a resiliência e, assim, parecem permitir aos indivíduos uma adaptação saudável face a fatores stressantes (Werner & Smith, 1982, citado por Robinson et al., 2014).

Diehl e seus colaboradores (2012) referem os fatores de risco como as características pessoais que potenciam a vulnerabilidade ao stresse diário, e os fatores de resiliência que potenciam a proteção face a esses efeitos negativos.

Para Anaut (2005), a noção de risco relaciona-se com a possibilidade de vivenciar experiências com efeitos negativos que se associam a uma probabilidade maior de aparecimento posterior de quadros psicopatológicos ou inaptações. Ainda segundo esta autora, a investigação dos fatores de risco, na tentativa de registar, classificar e verificar o potencial patogénico de diferentes indicadores e as suas possíveis interações, verificou que a expressão das perturbações resulta da interação entre os fatores de risco individuais (e.g., idade, género, fatores genéticos, habilidades sociais e intelectuais, e características psicológicas), ambientais (e.g., baixo nível socioeconómico, eventos de vida adversos e ausência de apoio social) e os elementos de proteção, pelo que, esta influência dos fatores de risco sobre a saúde e o bem-estar do indivíduo, sobre a sua adaptação ou inaptação, terá de ser entendida enquanto probabilidade e não de uma forma determinista.

Com o avançar da idade, os indivíduos encontram novos desafios nas suas vidas. Para alguns, o envelhecimento na vida adulta é um momento de crescimento e descoberta pessoal (e.g., oportunidade de novas aprendizagens, *hobbies* e voluntariado), para outros, é o vivenciar de experiências com grande impacto negativo.

A associação da idade com a resiliência tem sido amplamente estudada e a heterogeneidade dos resultados apontam para a necessidade de direcionar os estudos dessa associação, tendo em conta os fatores de risco e de resiliência (Diehl et al., 2012), pois parece que são esses fatores que medeiam essas diferenças (e.g., perceção de competência pessoal e autocontrolo, tolerância às emoções negativas, aceitação positiva das mudanças e relações interpessoais seguras, e influências espirituais). Werner (2013) sugere que no efeito do género sobre a resiliência parecem ser os fatores de proteção individuais (e.g., competência escolar, autoeficácia, desenvolvimento de relações sociais, empatia) que medeiam essas diferenças e que parecem contribuir para uma melhor qualidade de adaptação do género feminino, às adversidades na idade adulta.

A resiliência não é uma característica fixa, ou um produto, e pode ser despoletada apenas em determinados momentos da vida, ou em áreas específicas. Neste sentido, deve ser entendida, não apenas como uma característica do indivíduo, ou capacidade inata, mas também como resultado da interação dinâmica entre as características individuais e a complexidade do contexto ecológico (Cowan, Cowan, & Schulz, 1996, citado por Poletto & Koller, 2008).

A resiliência é multidimensional e refere-se a um processo dinâmico, que evolui subordinado às várias interações do indivíduo com os diversos contextos onde se insere, ao longo da sua vida. Um funcionamento adequado, uma saúde física e mental e um bem-estar emocional, são indicadores de um comportamento adaptado e equilibrado nessas interações, que se desenvolvem na dependência do confronto entre fatores de risco e fatores de proteção, internos e externos.

Hu e colaboradores (2015) observaram que os estudos sobre a resiliência, ao longo da última década, têm chamado a atenção de um número crescente de especialistas de diversas áreas (e.g., psicologia, psicopatologia, sociologia, biologia, e até mesmo a neurociência cognitiva), nomeadamente na sua relação com a saúde mental.

Em síntese, a resiliência pode-se definir como um padrão de funcionamento indicativo de uma boa adaptação a contextos de adversidade ou de stresse diário, que à partida faziam prever um maior risco de desenvolvimento de psicopatologia, mas que este padrão de funcionamento potencia a manutenção de um equilíbrio fisiológico e psicológico, mediado pelo contexto, a idade, o género ou a origem cultural.

Assim, parece haver uma relação de associação da resiliência com a expressão da sintomatologia psicopatológica e, para além disso, variáveis sociodemográficas (e.g., idade, género) parecem ser relevantes na relação entre a resiliência e os indicadores negativos de saúde mental, que se podem expressar através da sintomatologia psicopatológica.

1.2. Psicopatologia

A psicopatologia estuda as perturbações do funcionamento psicológico, identificadas como situações que se afastam de um funcionamento psicológico normal, ou seja, os indicadores negativos de saúde mental. A diferenciação entre a normalidade e a patologia varia de acordo com a cultura e são relevantes os tipos específicos de comportamentos, ou seja, verifica-se que os limiares de tolerância para sintomas ou comportamentos específicos alteram-se de acordo com a cultura, o contexto social e a família (American Psychiatric Association [APA], 2013). A controvérsia entre autores é extensa e vai desde uma conceção da psicopatologia, enquanto comportamento normal, que se afasta da normalidade em termos de frequência e intensidade, até à psicopatologia que se diferencia qualitativamente da norma.

1.2.1. Sintomatologia psicopatológica

Westerhof e Keyes (2010) precisam que a saúde mental deve ser conceptualizada como um fenómeno positivo e mais abrangente do que a sua mera ausência, e postulam um estado de saúde mental ideal. A este propósito, a Organização Mundial de Saúde (WHO 2005, p. 2, citado por Westerhof & Keyes, 2010) define a saúde mental como uma sensação de bem-estar individual, que permite realizar habilidades próprias, lidar com o stresse diário, trabalhar de forma produtiva e contribuir para o coletivo.

O bem-estar é tipicamente conceptualizado por diversas dimensões onde se destacam, a psicológica, social, física e a espiritual (Fukui, Starnino, & Nelson-Becker, 2012). A saúde mental e o bem-estar de cada indivíduo são elementos importantes na interação e adaptação aos diversos contextos, onde cada um se desenvolve, ao longo da vida, sendo comum, na literatura, a relação entre saúde mental e bem-estar emocional.

As experiências de maior ou menor adversidade percecionada condicionam a vida pessoal e relacional dos indivíduos e o seu impacto psicológico não é igual para todos, podendo afetar diferencialmente o bem-estar individual e relacional de cada um.

De acordo com Keyes (2006), o indivíduo evidencia capacidades de ajustamento positivo, através do desenvolvimento de características positivas (e.g., maturidade, generatividade e virtudes; ver escritos de Erik Erikson), e os humanistas têm relevado a introspeção e a percepção subjetiva como contribuintes significativos, defendendo que mais importante do que saber como o indivíduo reage, é saber como ele sente a sua própria vida (Allport, 1961, citado por Keyes, 2006).

1.3. A resiliência e a sintomatologia psicopatológica

A heterogeneidade observada nas respostas ao stresse diário, ou a eventos adversos, sugere que as reações individuais são altamente idiossincráticas e dependem de diversas variáveis individuais e contextuais.

No entanto, Hu e colaboradores (2015) encontraram estudos que sugerem que os eventos adversos e o nível de resiliência tendem a variar de acordo com a idade do indivíduo (e.g., Luthar & Brown, 2007; Ong, Bergeman, & Boker de 2009; Ong et al., 2006) e postulam que a idade é moderadora da relação entre a resiliência e os indicadores negativos de saúde mental, mas não o é na relação com os indicadores positivos de saúde mental, sugerindo que a razão para que isso aconteça é que a resiliência aumenta com a idade.

O avanço da idade potencia a vivência de múltiplas e sucessivas perdas de pessoas significativas (e.g., cônjuge, amigos) e a perda de funcionalidades físicas. Curiosamente, o avanço da idade parece incentivar o uso da aceitação, enquanto estratégia para fazer face a esses eventos de vida adversos, que saem fora do controlo individual, sendo sugerido que os níveis de aceitação aumentam com a idade (Shallcross, Ford, Floerke, & Mauss, 2013). Talvez por estes eventos também assumirem um carácter normativo com o avanço da idade ou serem pois expectáveis, o uso da aceitação pode ser responsável por um aumento do bem-estar subjetivo e, por sua vez, uma menor sintomatologia psicopatológica percecionada. Ainda assim, Canavarro (2007) encontrou, associada à idade, correlações significativas com a

sintomatologia psicopatológica percecionada pelo indivíduo, nas dimensões de depressão e somatização.

Também o género parece mediar a associação entre a resiliência e a sintomatologia psicopatológica percecionada, de acordo com os papéis sociais diferenciados que homens e mulheres desempenham. Hu e colaboradores (2015) destacam resultados que sugerem que as mulheres apresentam baixa autoconfiança, baixa autoeficácia, e menos recursos pessoais e materiais, quando comparadas com os homens (e.g., Costa, Terracciano, & McCrae, 2001), resultando o seu bem-estar da qualidade das suas próprias redes sociais e familiares. Precisam ainda que o papel social da mulher, enquanto cuidadora, tem um custo que potencia experiências adversas, stresse de vida, especialmente crónico, que é o maior preditor do estado de saúde mental nas mulheres e que, talvez explique os resultados que apontam para uma maior expressão de perturbação, ao nível da saúde mental (e.g., McDonough & Walters, 2001).

Urbán e colaboradores (2014) destacam estudos que apontam para uma tendência, do género feminino para expressar mais sintomas psicopatológicos (e.g., Barsky et al., 2001; Afifi, 2007) e encontraram uma tendência nas mulheres para apresentarem resultados mais elevados nas dimensões de somatização, obsessão-compulsão, depressão e ansiedade, enquanto os homens tendiam a obter resultados mais elevados nas dimensões de hostilidade e psicoticismo. Ainda de acordo com estes autores, grandes estudos epidemiológicos, que utilizaram a entrevista de diagnóstico, evidenciaram que as mulheres têm uma maior prevalência de perturbações ao nível dos afetos e da ansiedade, enquanto os homens apresentavam uma maior prevalência de perturbações ao nível do uso de substâncias e da personalidade antissocial.

Canavarro (2007) também destaca um maior índice de sintomatologia psicopatológica, por parte do género feminino, nas dimensões de somatização e de obsessão-compulsão.

Parece evidente uma mudança de perspetiva que antes estava orientada para determinar a origem da sintomatologia psicopatológica, e que agora ganha uma perspetiva orientada para determinar os fatores que contribuem para a manutenção da saúde mental, que deverá ser entendida como algo diferente da mera ausência de doença mental.

Nesta direção, a idade parece ser relevante na expressão da sintomatologia psicopatológica, tendo em conta as experiências do indivíduo, ao longo do seu ciclo vital, sendo importante a forma como os eventos afetam o indivíduo, ou seja, como o indivíduo percebe as situações adversas. Para além disso, a normatividade de um evento no ciclo de vida, também parece justificar o impacto diferenciado com que o mesmo evento é percebido. Também o género parece ter um efeito relevante, embora complexo, pois não deve ser conceptualizado como mera variável dicotómica, uma vez que a investigação reconhece a sua ligação com o papel social esperado.

Assim, seguindo a orientação da pesquisa de fatores que estão envolvidos na manutenção da saúde mental, interessa estudar a relação da expressão dos sintomas psicopatológicos, com a resiliência, a idade e o género.

2. Objetivos e hipóteses de estudo

Este estudo insere-se numa investigação mais abrangente, que tem como objetivo a compreensão do fenómeno psicológico multidimensional, subjacente a duas grandes temáticas de investigação, Personalidade e Psicopatologia, no contexto da população geral adulta.

O conhecimento adquirido a partir da resiliência pode melhorar a compreensão da expressão ou agravamento da sintomatologia psicopatológica percecionada e dar um contributo no sentido da utilização deste conhecimento ao nível da intervenção clínica.

Nesta sequência, a partir de uma amostra não representativa da população portuguesa, pretende-se estudar a relação entre o grau de resiliência e os sintomas psicopatológicos percecionados por adultos e verificar se variáveis sociodemográficas, tais como a idade e o género, se associam à expressão quer da resiliência, quer da psicopatologia. Para além disso, pretende-se ainda analisar a capacidade preditiva dos quatro fatores da resiliência e da idade na variabilidade observada na sintomatologia psicopatológica percecionada pelo indivíduo.

Seguem-se os objetivos do estudo e as respetivas hipóteses.

Objetivo 1: Estudar a relação entre a resiliência e o género e entre a resiliência e a idade;

Objetivos específicos:

- a) Estudar a relação entre a resiliência (RG do CD-RISC) e as variáveis idade e género;
- b) Estudar a relação entre a noção de competência pessoal, normas sociais, perseverança e controlo; confiança no próprio, tolerância ao efeito negativo e efeito reforçador do stresse; aceitação positiva da mudança e segurança nas relações; e influências espirituais (subescalas do CD-RISC) e a idade.

Hipóteses:

H1.1: Espera-se que o género feminino apresente valores de resiliência significativamente mais elevados que o género masculino;

H1.2: Espera-se uma associação positiva entre a resiliência e a idade;

H1.3: Espera-se uma associação positiva entre a idade e as subescalas do CD-RISC: confiança nos seus instintos, tolerância às emoções negativas e fortalecimento dos efeitos do stress; aceitação positiva da mudança e relações interpessoais seguras; e influências espirituais.

Objetivo 2: Estudar a relação entre os sintomas psicopatológicos e a idade e entre os sintomas psicopatológicos e o género;

Objetivos específicos:

a) Estudar a relação entre os sintomas psicopatológicos percecionados (IGS do BSI) e as variáveis idade e género;

b) Estudar a relação entre os sintomas psicopatológicos percecionados (BSI), em termos das suas dimensões e a variável género;

Hipóteses:

H2.1: Espera-se encontrar uma associação negativa entre os sintomas psicopatológicos percecionados (IGS do BSI) e a variável idade;

H2.2: Espera-se que o género feminino expresse um nível de sintomas psicopatológicos percecionados (IGS do BSI) significativamente mais elevado do que o género masculino;

H2.3: Espera-se que o género feminino apresente resultados significativamente mais elevados nas dimensões do BSI: somatização; obsessão-compulsão; depressão; e ansiedade; e que o género masculino apresente resultados significativamente mais elevados nas dimensões: hostilidade e psicoticismo.

Objetivo 3: Estudar a relação entre a resiliência e a sintomatologia psicopatológica percecionada;

Objetivo específico:

a) Estudar a relação entre os sintomas psicopatológicos percecionados (IGS do BSI) e o grau de resiliência (RG do CD-RISC);

Hipótese:

H3: Espera-se uma associação negativa entre os sintomas psicopatológicos percecionados (IGS do BSI) e o grau de resiliência (RG do CD-RISC).

Objetivo 4: Estudar de que forma a resiliência e a idade, explicam a variabilidade da sintomatologia psicopatológica percecionada.

Objetivo específico:

a) Explorar em que medida a idade e os quatro fatores da resiliência, como a noção de competência pessoal, normas sociais, perseverança e controlo (NCPNSPC), a confiança no próprio, tolerância ao efeito negativo e efeito reforçador do stresse (CITENFES), a aceitação positiva da mudança e segurança nas relações (APMRIS) e influências espirituais (IE), contribuem para explicar a variabilidade total dos sintomas psicopatológicos percecionados.

Hipótese:

H4: Espera-se que pelo menos uma das variáveis (noção de competência pessoal, normas sociais, perseverança e controlo; confiança no próprio, tolerância ao efeito negativo e efeito reforçador do stresse; aceitação positiva da mudança e segurança nas relações; influências espirituais; e idade) contribua significativamente para a variabilidade dos sintomas psicopatológicos percecionados (IGS do BSI).

3. Método

Depois da descrição da amostra serão apresentados os instrumentos utilizados e, por último, serão descritos os procedimentos usados na recolha de dados e na análise estatística.

O estudo empreendido segue um modelo transversal.

3.1. Caracterização da amostra

O método de seleção da amostra foi de conveniência, sendo os participantes selecionados a partir da esfera relacional dos investigadores. É constituída por trezentos e dez participantes ($N = 310$). Para participar no estudo, os participantes tinham que ter pelo menos 18 anos ou mais e não podiam apresentar um comprometimento da saúde física ou mental que impossibilitasse a sua colaboração. No Quadro 3.1. apresentam-se alguns dos dados sociodemográficos da amostra em estudo.

Quadro 3.1.

Características Demográficas da Amostra (N).

	Masculino		Feminino		Total	
	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Escolaridade						
< 4º Ano	4	57.1	3	42.9	7	2.3
4º Ano	1	20.0	4	80.0	5	1.6
6º Ano	8	61.5	5	38.5	13	4.2
9º Ano	17	37.0	29	63.0	46	14.8
12º Ano	49	57.6	36	42.4	85	27.4
Licenciatura ou mais	47	30.5	107	69.5	154	49.7
Situação Económica						
Muito satisfatória	5	41.7	7	58.3	12	3.9
Satisfatória	78	40.4	115	59.6	193	62.3
Pouco satisfatória	34	37.8	56	62.2	90	29.0
Nada satisfatória	9	64.3	5	35.7	14	4.5
Estado Civil						
Solteiro	39	40.2	58	59.8	97	31.3
Casado ou vivendo como tal	75	41.9	104	58.1	179	57.7
Viúvo	2	50.0	2	50.0	4	1.3
Divorciado ou separado	9	31.0	20	69.0	29	9.4
Total n	126	39.6	184	60.4	310	100.0
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade	41.89	14.00	40.31	13.26	40.95	13.56

Nota: $N = 310$

Na análise da distribuição dos grupos (feminino vs. masculino), relativamente às variáveis sociodemográficas, foram encontradas diferenças significativas em relação à distribuição por categoria ao nível do ensino, $X^2(5) = 21.014$, $p = .001$, onde se observou uma maior prevalência do género feminino pertencente à categoria de Licenciatura ou graus académicos mais elevados. Nas restantes variáveis a distribuição por categorias foi equivalente.

3.2. Instrumentos

Os instrumentos utilizados foram: o Questionário Sociodemográfico (QS); o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI), desenvolvido originalmente por Derogatis (1982), traduzido e validado para a população portuguesa por Canavarro (1999); e a Escala de Resiliência de Connor-Davidson (CD-RISC), desenvolvida, originalmente, por Connor e Davidson (2003), traduzida e validada para a população portuguesa por Faria e Ribeiro (2008).

3.2.1. *Questionário sociodemográfico (QS)*

De modo a adquirir informação sociodemográfica e psicossocial acerca dos participantes foi aplicado o Questionário Sociodemográfico (Anexo A). O questionário é constituído por dezasseis itens e permite obter informação relativamente: aos dados pessoais dos participantes como o género, a idade, a nacionalidade, o tipo de área onde habitualmente reside, o estado civil, a situação laboral em que se encontra, a profissão que exerce e o nível de ensino que frequenta ou o mais elevado que frequentou; aos dados familiares tais como, constituição do agregado familiar, apoio dos familiares e número de filhos; aos dados relativos à situação económica e ocupacional, às relações interpessoais e familiares no que respeita à sua qualidade e frequência, às crenças e práticas religiosas, à perceção do estado de saúde e no último item procura-se obter informação acerca da vivência de algum evento traumático.

3.2.2. Inventário de sintomas psicopatológicos (BSI)

Para a avaliação da incidência e prevalência da sintomatologia psicopatológica foi utilizado o *Brief Symptom Inventory* (Derogatis, 1982), traduzido e adaptado para a população portuguesa por Canavarro (1999).

O BSI é um inventário de autorresposta constituído por 53 itens que se propõe avaliar os sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões básicas de sintomatologia psicopatológica (Somatização, Obsessões-compulsões, Sensibilidade interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade fóbica, Ideação paranoide e Psicoticismo) e três índices globais: o Índice Geral de Sintomas (IGS), o Total de Sintomas Positivos (TSP) e o Índice de Sintomas Positivos (ISP). De acordo com Degoratis (1993), o IGS representa uma pontuação combinada que pondera a intensidade do mal-estar experienciado com o número de sintomas assinalados. Pela sua fórmula de cálculo, o IGS apresenta-se como o melhor indicador único de sintomas psicopatológicos das três pontuações globais (Canavarro, 2007), tendo-se optado pela sua utilização enquanto indicador global do nível de sintomatologia psicopatológica. Pode ser administrado a doentes do foro psiquiátrico, a indivíduos emocionalmente perturbados, a quaisquer outros doentes e a pessoas da população em geral. Do ponto de vista clínico, a análise das pontuações obtidas nas nove dimensões fornece informação sobre o tipo de sintomatologia que mais perturba o indivíduo. A simples leitura dos índices globais permite avaliar, de forma geral, o nível de sintomatologia psicopatológica apresentado.

Os itens são apresentados sob a forma de uma escala, do tipo Likert, com 5 pontos, estabelecida entre “Nunca” (0) a “Muitíssimas Vezes” (4). A escala é preenchida solicitando que o indivíduo classifique o grau com que cada problema o afetou durante a última semana, permitindo avaliar o grau de sintomatologia psicopatológica que o indivíduo percebe e que contribui para a sua perturbação emocional, facultando informação diferencial sobre a sintomatologia dominante percebida.

Relativamente às características psicométricas do BSI, quer no estudo de aferição para a população portuguesa, quer na amostra colhida no contexto desta investigação, foram revelados bons níveis de consistência interna, ambos apresentados no Quadro 3.2.2..

Quadro 3.2.2.

Consistência interna (α Cronbach) das nove dimensões e do IGS do BSI

IGS e Dimensões (itens)	α	α
	(Canavarro, 1999)	(Presente Estudo)
IGS	-	.97
Somatização (2, 7, 23, 29, 30, 33, e 37)	.80	.80
Obsessões-Compulsões (5, 15, 26, 27, 32 e 36)	.77	.82
Sensibilidade Interpessoal (20, 21, 22 e 42)	.76	.84
Depressão (9, 16, 17, 18, 35 e 50)	.73	.88
Ansiedade (1, 12, 19, 38, 45 e 49)	.77	.83
Hostilidade (6, 13, 40, 41 e 46)	.76	.80
Ansiedade Fóbica (8, 28, 31, 43 e 47)	.62	.83
Ideação Paranóide (4, 10, 24, 48 e 51)	.72	.78
Psicoticismo (3, 14, 34, 44 e 53)	.62	.76

3.2.3. Escala de Resiliência de Connor-Davidson (CD-RISC)

Para a avaliação da resiliência foi utilizado a Connor-Davidson *Resilience Scale* (Connor & Davison, 2003), traduzida e validada para a população portuguesa por Faria e Ribeiro (2008).

O CD-RISC é uma escala de autorrelato, constituída por 25 itens, criada no sentido de ajudar a quantificar a resiliência e como medida clínica para avaliar a resposta ao tratamento. Os itens são apresentados sob a forma de uma escala, de tipo Likert, com 5 pontos, estabelecida entre “Não verdadeira” (0) a “Quase sempre verdadeira” (4). A escala é preenchida tendo em conta a realidade do indivíduo durante a última semana.

O resultado total desta escala varia entre 0 e 100, onde os valores mais elevados representam um maior grau de resiliência. Connor e Davidson (2003) testaram originalmente

o CD-RISC na população geral e clínica norte-americana, onde demonstraram boas propriedades psicométricas e uma boa consistência interna, com α Cronbach = .89 ($M = 80.4$; $DP = 12.8$). O mesmo ocorreu com a aplicação de Faria e Ribeiro (2008) na versão validada para a população portuguesa, com α Cronbach = .88, ($M = 73.4$; $DP = 12.8$). O valor médio de ambas não diferiu significativamente.

A análise fatorial da versão original do instrumento revelou 5 fatores: Noção de competência pessoal, normas sociais e perseverança e controlo; Confiança no próprio, tolerância ao efeito negativo e o efeito reforçador do stresse; Aceitação da mudança e segurança nas relações; Controlo; e Influências espirituais (Connor & Davidson, 2003). Contudo, na análise fatorial dos dados que foram recolhidos na população portuguesa emergiram apenas 4 fatores respetivamente: Noção de competência pessoal, normas sociais, perseverança e controlo; Confiança no próprio, tolerância ao efeito negativo e efeito reforçador do stresse; Aceitação positiva da mudança e segurança nas relações; e Influências espirituais (Faria & Ribeiro, 2011).

Na amostra colhida no contexto desta investigação, a CD-RISC apresentou também uma boa consistência interna, quer ao nível da escala total (α Cronbach = .90), quer ao nível das subescalas (noção de competência pessoal, normas sociais, perseverança e controlo, Fator 1; confiança no próprio, tolerância ao efeito negativo e efeito reforçador do stresse, Fator 2; Aceitação positiva da mudança e segurança nas relações, Fator 3; e Influências espirituais, Fator 4) apresentadas no Quadro 3.2.3..

Quadro 3.2.3.

Consistência interna (α Cronbach) das Subescalas do CD-RISC

Subescalas (itens)	α
Fator 1 (1, 10, 11, 12, 17, 22, 23, 24 e 25)	.86
Fator 2 (4, 7, 8, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19 e 20)	.81
Fator 3 (2, 5, 6 e 13)	.63
Fator 4 (3, 9 e 21)	.70

Windle, Bennett e Noyes (2011) destacam o CD-RISC (Connor & Davison, 2003) como um dos três instrumentos com melhor classificação, num total de quinze instrumentos estudados, dos que se propunham medir a resiliência.

3.3. Procedimentos

O método de seleção da amostra foi de conveniência, onde os participantes foram selecionados a partir da esfera relacional dos investigadores que integram o trabalho mais abrangente, em que este estudo se insere, como já referido. Previamente à aplicação dos instrumentos foi entregue aos participantes um documento relativo ao consentimento informado (Anexo B), onde foi disponibilizada informação acerca dos objetivos da investigação, da confidencialidade e anonimato no tratamento dos dados, e da possibilidade de abandonar a participação na investigação, a qualquer momento, se assim o desejassem. Os participantes colaboraram de forma voluntária e sem qualquer tipo de remuneração ou compensação. No que diz respeito à aplicação dos instrumentos, utilizou-se o método de autoaplicação, onde foi entregue um envelope que continha o consentimento informado e o conjunto de instrumentos a aplicar. Os instrumentos encontravam-se num bloco único e dispostos pela mesma ordem, em todos os protocolos.

3.4. Procedimento estatístico

No presente estudo, todas as análises foram efetuadas com o SPSS *Statistics* (v. 23; IBM SPSS, Chicago, IL), considerando-se uma probabilidade de erro tipo I (α) de .05, exceto na regressão, onde foi considerada uma probabilidade de erro tipo I (α) de .10.

Realizou-se a análise descritiva de forma a caracterizar a amostra ao nível de algumas variáveis sociodemográficas que integraram o QS. A análise descritiva procurou caracterizar os dados sociodemográficos da amostra e os resultados obtidos com a aplicação dos três instrumentos, tendo sido realizados os cálculos da média e do desvio-padrão ou cálculo das frequências e das percentagens, de acordo com o tipo de variáveis em causa.

Para medir a intensidade e a direção da associação de tipo linear entre duas variáveis quantitativas, recorreu-se ao coeficiente de correlação de Pearson, verificando-se assim a associação da variância comum entre essas mesmas duas variáveis.

O valor absoluto da correlação r indica a intensidade da associação que, de acordo com Marôco (2011), nas ciências sociais, se considerou fraca ($|r| < .25$), moderada ($.25 \leq |r| < .50$), forte ($.50 \leq |r| < .75$) ou muito forte ($|r| \geq .75$). O pressuposto para a utilização do coeficiente de correlação de Pearson é a verificação de uma associação do tipo linear, entre as variáveis testadas, que foi efetuada recorrendo-se à representação gráfica.

Para testar se os valores médios obtidos na resiliência e na sintomatologia psicopatológica da amostra em estudo eram significativamente diferentes dos valores médios obtidos pelas amostras de validação dos instrumentos para a população portuguesa, utilizou-se o teste t -Student para uma amostra.

De forma a verificar se havia diferenças entre o género masculino e o género feminino, recorreu-se ao teste paramétrico t -Student para amostras independentes, tendo-se verificado os pressupostos deste método estatístico, nomeadamente a normalidade das distribuições, recorrendo-se ao teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S), adequado à dimensão da amostra em estudo, e a homogeneidade de variâncias, recorrendo-se ao teste de Levene. Relativamente à violação do pressuposto da normalidade, tendo em conta a dimensão da amostra ($N = 310$), a investigação tem vindo a concluir que a estatística do teste t -Student é robusta ao erro tipo I, mesmo quando as distribuições estudadas apresentam assimetria ou achatamento consideráveis (Marôco, 2011). Para além da significância estatística, foi avaliada a dimensão do efeito recorrendo-se à estatística d de Cohen que, de acordo com Marôco (2011), nas ciências sociais, se considerou pequeno ($|d| \leq .2$), médio ($.2 < |d| \leq .5$), elevado ($.5 < |d| \leq 1$) e muito elevado ($|d| > 1$).

Na regressão linear múltipla, com seleção de variáveis *stepwise*, por um lado, e *backward*, por outro, foi explorada a hipótese de obter um modelo que permitisse prever a sintomatologia psicopatológica (IGS) em função dos quatro fatores de resiliência e da idade.

Analisaram-se os pressupostos da normalidade da distribuição e da homogeneidade, verificados graficamente. A independência dos erros foi validada pela estatística de Durbin-Watson ($d = 1,80$), e os valores do *VIF* (*Variance Inflation Factor*) não foram excessivamente elevados ($VIF < 1.500$) afastando-se a hipótese da multicolinearidade entre as variáveis.

4. Resultados

Ao longo deste capítulo serão apresentados os resultados que darão resposta aos objetivos e hipóteses deste estudo. No Quadro 4. é caracterizado o grau de resiliência e o grau da sintomatologia psicopatológica da amostra.

Quadro 4.

Caracterização do grau de resiliência e de sintomatologia psicopatológica.

	$I_{(\min;\max)}$	Mdn	M	DP
RG do CD-RISC	$RG_{(13;99)}$	70.00	69.52	13.12
IGS do BSI	$IGS_{(0;3.02)}$.44	.59	.52

Nota: $N = 310$; $I_{(\min;\max)}$ = Intervalo; RG = Resultado global; IGS = Índice geral de sintomas.

4.1. Caracterização e análise da resiliência face às variáveis sociodemográficas

4.1.1. Análise da relação entre a resiliência e a idade

No Quadro 4.1.1. são apresentados os resultados da análise da associação entre a idade e a resiliência.

Quadro 4.1.1.

Coeficiente de correlação entre a resiliência (IGS e Fatores) e a idade.

	RG	NCPNSPC	CITENFES	APMRIS	IE
Idade	-.03	-.54	-.02	-.14*	.15**

Nota: $N = 310$; * $p < .05$; ** $p < .01$; two-tailed. RG = Resultado Global; NCPNSPC = Noção de competência pessoal, normas sociais e perseverança e controlo; CITENFES = Confiança nos seus instintos, tolerância às emoções negativas e fortalecimento dos efeitos do stresse; APMRIS = Aceitação positiva da mudança e relações interpessoais seguras; IE = Influências espirituais.

4.1.2. Caracterização da resiliência de acordo com o género

No Quadro 4.1.2. são apresentados os resultados da diferença dos valores médios obtidos pelos dois grupos no RG da escala de resiliência, onde se verificou uma diferença estatisticamente significativa, $t(308) = -2.054$, $p = .041$, $d = .234$, onde o género feminino apresentou valores de resiliência mais elevados do que o género masculino, verificando-se uma dimensão do efeito médio do género sobre a resiliência. Ao nível das subescalas foram observadas diferenças significativas no fator NCPNSPC, $t(308) = -2.086$, $p = .038$, $d = .238$, e no fator IE, $t(308) = -2.3$, $p = .022$, $d = .262$, onde o género feminino apresentou valores de resiliência mais elevados, verificando-se que a dimensão do efeito do género sobre estes fatores foi médio.

Quadro 4.1.2.*Caracterização da resiliência de acordo com o género (N).*

	Masculino ^a		Feminino ^b	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
RG	67.68	14.38	70.78	12.06
NCPNSPC	26.90	6.02	28.18	4.76
CITENFES	22.46	6.06	23.04	5.22
APMRIS	11.28	2.64	11.80	2.66
IE	7.04	2.84	7.75	2.55

Nota: $N = 310$; ^a $n = 126$; ^b $n = 184$. RG = Resultado Global; NCPNSPC = Noção de competência pessoal, normas sociais e perseverança e controlo; CITENFES = Confiança nos seus instintos, tolerância às emoções negativas e fortalecimento dos efeitos do stresse; APMRIS = Aceitação positiva da mudança e relações interpessoais seguras; IE = Influências espirituais.

4.2. Caracterização e análise dos sintomas psicopatológicos face às variáveis**sociodemográficas****4.2.1. Análise da relação entre a sintomatologia psicopatológica e a idade**

No Quadro 4.2.1. são apresentados os resultados da análise onde se observa que não se verificou uma correlação significativa entre a idade e a sintomatologia psicopatológica (IGS do BSI).

Quadro 4.2.1.*Coefficiente de correlação entre a sintomatologia psicopatológica (IGS e dimensões) e a idade.*

	IGS	S	OC	SI	D	A	H	AF	IP	P
Idade	-.09	.12*	-.07	-.08	-.14*	-.10	-.20**	-.04	.01	-.16**

$N = 310$; * $p < .05$; ** $p < .01$; two-tailed; IGS = Índice Geral de Sintoma; S = Somatização; OC = Obsessão-compulsão; SI = Sensibilidade Interpessoal; D = Depressão; A= Ansiedade; H = Hostilidade; AF = Ansiedade Fóbica; IP = Ideação Paranoide; P = Psicoticismo.

4.2.2. Caracterização da sintomatologia psicopatológica de acordo com o género

No Quadro 4.2.2. são apresentados os resultados da diferença dos valores médios obtidos pelos dois grupos no IGS do BSI, onde não se verificou uma diferença estatisticamente significativa, $t(308) = -1.679$; $p = .094$. Ao nível das dimensões, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na Somatização, $t(302,385) = -2.704$, $p = .007$, $d = .311$, e Ansiedade, $t(292,254) = -2.247$, $p = .025$, $d = 0.263$, onde o género feminino apresentou valores médios mais elevados, verificando-se um efeito médio da variável género sobre estas dimensões.

Quadro 4.2.2.*Caracterização da sintomatologia psicopatológica relativamente ao género (N).*

	Masculino ^a		Feminino ^b	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
IGS	.56	.49	.63	.54
Somatização (S)	.33	.43	.47	.54
Obsessões Compulsões (OC)	.79	.62	.91	.67
Sensibilidade Interpessoal (SI)	.55	.73	.68	.72
Depressão (D)	.55	.67	.66	.74
Ansiedade (A)	.52	.54	.67	.63
Hostilidade (H)	.53	.57	.58	.62
Ansiedade Fóbica (AF)	.27	.52	.31	.54
Ideação Paranóide (IP)	.77	.68	.83	.70
Psicoticismo (P)	.40	.56	.47	.62

Nota: *N* = 310; ^a*n* = 126; ^b*n* = 184.**4.3. Análise da relação entre a resiliência e a sintomatologia psicopatológica**

No Quadro 4.3.1. são apresentados os resultados da análise da relação da resiliência com a sintomatologia psicopatológica, onde se verificou uma correlação negativa moderada, estatisticamente significativa, entre a sintomatologia psicopatológica (IGS do BSI) e a resiliência (RG do CD-RISC), $r = -.281$, $p < .001$.

Quadro 4.3.1.*Correlações entre a sintomatologia psicopatológica e a resiliência (N).*

	(CD-RISC)	RG	NCPNSPC	CITENFES	APMRIS	IE
(BSI) IGS		-.28***	-.25***	-.29***	-.24***	-.04
Somatização (S)		-.17**	-.13*	-.21***	-.12*	-.02
Ob. Comp. (OC)		-.30***	-.29***	-.31***	-.24***	-.03
Sens. Inter. (SI)		-.25***	-.23***	-.26***	-.21***	-.02
Depressão (D)		-.37***	-.35***	-.35***	-.34***	-.06
Ansiedade (A)		-.25***	-.21***	-.26***	-.20**	-.06
Hostilidade (H)		-.15**	-.12*	-.15**	-.11	-.07
Ans. Fóbica (AF)		-.18**	-.13*	-.22***	-.13*	-.08
I. Paranóide (IP)		-.13*	-.12*	-.12*	-.16**	.03
Psicoticismo (P)		-.28***	-.25***	-.29***	-.24***	-.04

Nota: *N* = 310; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; two-tailed. RG = Resultado Global; NCPNSPC = Noção de competência pessoal, normas sociais e perseverança e controlo; CITENFES = Confiança nos seus instintos, tolerância às emoções negativas e fortalecimento dos efeitos do stress; APMRIS = Aceitação positiva da mudança e relações interpessoais seguras; IE = Influências espirituais.

Na exploração das correlações ao nível dos fatores do CD-RISC com as dimensões do BSI, observaram-se correlações negativas, fracas a moderadas, estatisticamente significativas, entre a maioria das variáveis correlacionadas, excluindo-se a variável Influências Espirituais, onde não foi encontrada uma correlação significativa com o IGS, $r = -.040$, $p = .484$, ou com qualquer uma das dimensões da sintomatologia psicopatológica.

4.4. Análise da sintomatologia psicopatológica em função dos fatores de resiliência e da idade

Na exploração da relação da sintomatologia psicopatológica percecionada, medida pelo IGS do BSI, em função dos quatro fatores da resiliência do CD-RISC e da idade, a regressão linear múltipla permitiu identificar as variáveis CITENFES, $\beta = -.219$, $t(306) = -3.222$, $p = .001$, APMRIS, $\beta = -.122$, $t(306) = -1.772$, $p = .077$, e Idade, $\beta = -.108$, $t(306) = -1.975$, $p = .049$, como preditores significativos da sintomatologia psicopatológica percecionada, depois de ter relaxado os critérios de seleção $p < .10$, pois considerou-se que a APMRIS teria todo o interesse em ser incluída no modelo. As variáveis NCPNSPC e IE não se apresentaram como preditores significativos, tendo sido excluídas do modelo. O modelo final ajustado foi então $\widehat{IGS} = 1.498 - .020 \text{ CITENFES} - .024 \text{ APMRIS} - .004 \text{ IDADE}$. Este modelo, embora significativo, explica uma proporção muito reduzida ($> 10\%$) da variabilidade da sintomatologia psicopatológica, $F(3,306) = 11.56$, $p < .001$, $R_a^2 = .093$.

5. Discussão

Neste capítulo são discutidos os resultados obtidos pela amostra em estudo e os relativos à confirmação ou rejeição das hipóteses apresentadas anteriormente.

Em função dos resultados alcançados no testar das hipóteses, surgiu o interesse em verificar como é que os resultados obtidos nesta amostra se colocavam face aos resultados das amostras de referência no estudo português. No que se refere à resiliência, quando comparados os resultados obtidos pela amostra estudada ($M = 69.52$; $DP = 13.12$) com os resultados obtidos por Faria e Ribeiro (2008) ($M = 73.4$; $DP = 12.8$), verifica-se um valor médio significativamente mais baixo na amostra em estudo, $t(309) = -5.202$, $p < .001$. Analisados os resultados obtidos na sintomatologia psicopatológica ($M = .59$; $DP = .52$), quando comparados com a amostra estudada por Canavarro (2007) ($M = .84$; $DP = .48$), verifica-se que a amostra em estudo pontuou significativamente mais baixo, $t(309) = -8.616$, $p < .001$. A pertinência da questão suscitada anteriormente comprova-se pelos resultados encontrados, verificando-se que esta amostra tem como característica uma menor sintomatologia psicopatológica e os seus participantes são também menos resilientes sendo, por isto, distinta das amostras de referência da população normal portuguesa.

5.1. Comparação da resiliência e da sintomatologia psicopatológica tendo em conta o género e a idade

Neste subcapítulo discutem-se os resultados referentes à análise das diferenças da resiliência e da sintomatologia psicopatológica em função do género, e os resultados referentes à associação da resiliência e da sintomatologia psicopatológica com a idade, que correspondem ao primeiro e segundo objetivos deste estudo.

No que respeita ao objetivo de estudar a relação entre a resiliência e o género, confirma-se a **Hipótese 1.1**, onde era esperado que o género feminino obtivesse valores de resiliência mais elevados. O que parece contribuir para esse efeito do género sobre a resiliência é uma

maior noção de competência pessoal, da observância das normas sociais, de perseverança e controlo e as influências espirituais expressas pelo género feminino. Estes resultados são concordantes com outros estudos que destacam um desenvolvimento social e emocional mais positivo do género feminino (e.g., maior comunicação, apoio social, empatia, capacidade de autonomia, competência escolar, autoeficácia) responsável pelas diferenças de género (Sun & Stewart, 2007), e que parece contribuir para uma melhor qualidade de adaptação do género feminino, às adversidades na idade adulta (Werner, 2013). Quanto às influências espirituais, de acordo com Hadzic (2011), a espiritualidade influencia o bem-estar, pois possui um papel fundamental nos pensamentos, comportamentos e na vida das pessoas, podendo assim também ajudar a explicar a maior resiliência por parte do género feminino na amostra em estudo. Mas se uns estudos vão de encontro a estes resultados, outros não encontraram diferenças significativas do efeito do género sobre a resiliência (e.g., Álvarez & Chávez, 2003). A investigação que aborda esta questão não é consensual sobre o efeito do género no desenvolvimento da resiliência e os estudos longitudinais que abordam os fatores de risco e de resiliência reportam diferenças de género que parecem variar de acordo com as fases do ciclo de vida e das exigências do papel social, esperado para cada género (Werner, 2013).

No que respeita ao objetivo de estudar a associação da resiliência com a idade, não se verifica uma associação significativa, refutando-se a **Hipótese 1.2**. De acordo com Hu e colaboradores (2015), a manifestação da resiliência na idade adulta pode estar mais dependente do confronto com um evento traumático isolado e delimitado no tempo. Os resultados ao nível dos fatores sugerem uma tendência para que, com o avanço da idade, diminuam quer a aceitação positiva da mudança, quer as relações interpessoais seguras, e aumentem as influências espirituais, sendo este último resultado o único que corrobora pois, parcialmente, a **Hipótese 1.3**. Diehl e colaboradores (2012) sugerem que as diferenças associadas à idade parecem ser mediadas pela perceção de competência pessoal e

autocontrolo, pela tolerância às emoções negativas, pela aceitação positiva das mudanças e relações interpessoais seguras e pelas influências espirituais. Shallcross e colaboradores (2013) sugerem que o avanço da idade parece incentivar o uso da aceitação, enquanto estratégia para fazer face a eventos de vida adversos, que saem fora do controlo individual, que não se encontra na amostra em estudo.

No que se refere à associação negativa entre a idade e os sintomas psicopatológicos, não se observa uma correlação significativa, refutando-se a **Hipótese 2.1**. Ao nível das dimensões os resultados sugerem uma tendência para que, com o aumento da idade, se observe uma diminuição da Depressão, da Hostilidade e do Psicoticismo, e um aumento da Somatização, este último, também encontrado por Canavarro (2007).

Ao nível da expressão da sintomatologia psicopatológica, embora o género feminino apresente um nível de sintomatologia mais elevado, essa diferença não é significativa, refutando-se a **Hipótese 2.2**. Ainda ao nível da comparação entre grupos, mas agora ao nível das dimensões do BSI, são observados, no género feminino, valores médios mais elevados, nas dimensões de Somatização e da Ansiedade, onde a dimensão do efeito do género sobre estas duas dimensões é médio, não sendo observadas diferenças significativas nas restantes dimensões, confirmando, embora que parcialmente, a **Hipótese 2.3**, pois não se verificam valores médios mais elevados do género feminino nas dimensões Obsessão-compulsão e Depressão, e do género masculino nas dimensões Hostilidade e Psicoticismo.

5.2. Relação entre a resiliência e a sintomatologia psicopatológica

Neste subcapítulo discutem-se os resultados referentes à análise da relação entre a resiliência e a sintomatologia psicopatológica percecionada. Na amostra em estudo verifica-se uma associação negativa moderada entre a sintomatologia psicopatológica percecionada e a resiliência, confirmando-se a **Hipótese 3.**, ou seja, quanto menor a resiliência, maior é a expressão da sintomatologia psicopatológica percecionada. Na exploração das correlações

dos fatores do CD-RISC com as dimensões do BSI observam-se correlações negativas, fracas a moderadas, entre a maioria das variáveis, excluindo-se as influências espirituais. De acordo com Hadzic (2011), a dimensão espiritual influencia o bem-estar, pois constitui um papel fundamental nos pensamentos, nos comportamentos e na vida das pessoas, sendo responsável por comportamentos e estilos de vida mais saudáveis, trazendo um suporte psicossocial que ajuda a lidar com o sofrimento e com as emoções negativas.

5.3. A sintomatologia psicopatológica em função dos fatores da resiliência e da idade

Por último, no que se refere ao estudo preditivo, a análise que procurou verificar em que medida a resiliência (nos resultados dos fatores Noção de competência pessoal, normas sociais, perseverança e controlo (NCPNSPC), Confiança no próprio, tolerância ao efeito negativo e efeito reforçador do stress (CITENFES), Aceitação positiva da mudança e segurança nas relações (APMRIS) e Influências espirituais (IE)) e a idade contribuem para a variabilidade da sintomatologia psicopatológica sugere que é a confiança no próprio, a tolerância ao efeito negativo e reforçador do stress, assim como uma aceitação positiva da mudança, relações interpessoais seguras e a idade que contribuem para a variabilidade da sintomatologia psicopatológica e que a noção de competência pessoal, normas sociais, perseverança e controlo e influências espirituais não têm um contributo relevante para esta variabilidade. Nesta sequência confirma-se a **Hipótese 4.**, ainda que parcialmente, a qual previa que os fatores de resiliência e a idade se constituíam como preditores da sintomatologia psicopatológica.

Embora o resultado obtido na análise seja significativo, é de salientar que o contributo dos fatores da resiliência, considerados no modelo, e da idade na predição da sintomatologia psicopatológica é reduzido (9%), o que sugere que são outros fatores que poderão assumir maior relevância na predição da sintomatologia psicopatológica.

6. Considerações finais

Aqui destacam-se as principais conclusões do presente estudo, tendo em conta os objetivos previamente estabelecidos, seguindo-se a indicação de algumas limitações, propostas e ideias para futuras investigações nesta área.

Considerando a característica distinta da amostra em relação às amostras de referência, onde se destaca uma menor sintomatologia psicopatológica e uma menor resiliência, dos resultados obtidos sobressaem que, no que respeita ao efeito do género sobre a sintomatologia psicopatológica, o género feminino apresenta valores mais elevados nas dimensões Somatização e Ansiedade. Na resiliência são os fatores do domínio individual que contribuem para uma maior resiliência do género feminino face ao masculino. Estas capacidades do domínio individual são referidas por Fava e Tomba (2009), como capacidades que podem ser trabalhadas ao nível da intervenção clínica, de forma a promover um aumento do bem-estar. Também Machin (2007) destaca os recursos pessoais criativos, uma perspetiva de vida positiva e um bom nível de integração social como elementos comuns que caracterizam os indivíduos ditos resilientes. A uma menor resiliência corresponde uma maior perceção da sintomatologia psicopatológica e as influências espirituais, enquanto fator da resiliência, não contribui para esse resultado. A ligação das influências espirituais com a saúde mental tem vindo a ganhar espaço e apoio na investigação (Hill & Pargament, 2003, citado por Hadzic, 2011), embora a sua conceptualização e, conseqüentemente, a sua mensuração se apresentem como um obstáculo. De acordo com Julian (1992, citado por Hadzic, 2011) tem-se observado na espiritualidade uma forte associação com o desenvolvimento de um significado e propósito para a vida, que promove o crescimento pessoal que, como já foi referido, são características do domínio pessoal que estão presentes nos indivíduos ditos resilientes. Por último, a variabilidade da sintomatologia psicopatológica

depende de fatores do domínio pessoal, ambiental e da idade, que contribuem de forma reduzida para essa variabilidade.

Em síntese, são os fatores de resiliência da esfera pessoal que se associam inversamente com a sintomatologia psicopatológica e que são responsáveis por um maior bem-estar emocional e que podem ser equacionados no trabalho clínico, ou seja, indicadores positivos da saúde mental que, de acordo com Hu e colaboradores (2015), aumentam com a idade e potenciam o aumento da resiliência, mas que a sua manifestação na idade adulta parece depender do confronto com algum tipo de adversidade isolada. Quanto ao uso da aceitação das adversidades de carácter normativo decorrentes do ciclo vital, enquanto estratégia que pode aumentar com o avanço da idade (Shallcross, et al., 2013) e a segurança nas relações com os outros, associam-se negativamente com a idade.

Não podem deixar de ser salientadas algumas limitações metodológicas, nomeadamente a natureza da recolha da amostra. Tendo esta sido selecionada por conveniência, não é representativa da população geral adulta portuguesa. A heterogeneidade da amostra é visível no elevado grau de habilitações académicas apresentado pelos participantes, onde se verifica uma maior prevalência do género feminino com um grau académico de Licenciatura ou mais elevado. Ao nível da aplicação dos questionários, estes foram entregues aos participantes para posterior recolha, o que poderá ter impedido, em alguns casos, o esclarecimento de dúvidas que pudessem surgir aquando do seu preenchimento. O recurso a correlações e à regressão no estudo da resiliência tem demonstrado que embora sendo significativas é frequente encontrar resultados modestos e, neste estudo, verifica-se esse mesmo padrão, deixando antever que possam ser outros fatores ou o refinamento destes que poderão explicar melhor este processo.

Apesar das limitações referidas, considera-se que o presente estudo constitui um contributo válido, embora seja clara a necessidade de prosseguir e direccionar a investigação para a definição do constructo da resiliência e para o detalhe dos fatores do domínio

individual relacionados com o processo do desenvolvimento da resiliência, em estudos empíricos com recurso a uma amostra representativa da população e replicado em populações diversificadas.

7. Referências bibliográficas

- Almeida, D. M. (2005). Resilience and vulnerability to daily stressors assessed via diary methods. *Current Directions in Psychological Science*, 14(2), 64-68. doi:10.1111/j.0963-7214.2005.00336.x
- Anaut, M. (2005). *A resiliência: Ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Álvarez, R. P., & del Águila Chávez, M. (2003). Diferencia en la resiliencia según género y nivel socioeconómico en adolescentes. *Persona: Revista de la Facultad de Psicología*, (6), 179-196.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol. II, pp. 87-109). Braga: SHO/APPORT.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI): Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. R. Simões, C. Machado, M. Goncalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (vol. III, pp. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76–82. doi:10.1002/da.10113
- Derogatis, L. R. (1982). Self-report measures of stress. In L. Goldberger & S. Brenznitz (Eds.), *Handbook of stress*. New York: Free.
- Derogatis, L. R. (1993). *Brief Symptom Inventory: Administration scoring and procedures manual* (3rd ed.). Minneapolis: National Computer Systems.
- Diehl, M., Hay, E. L., & Chui, H. (2012). Personal risk and resilience factors in the context

- of daily stress. *Annual review of gerontology & geriatrics*, 32(1), 251.
doi:10.1891/0198-8794.32.251
- Fava, G. A., & Tomba, E. (2009). Increasing psychological well-being and resilience by psychotherapeutic methods. *Journal of personality*, 77(6), 1903-1934.
doi:10.1111/j.1467-6494.2009.00604.x
- Faria, J., & Ribeiro, M. T. (2008). *Tradução e adaptação da CD-RISC à População Portuguesa*. Lisboa: Faculdade de Psicologia de Lisboa, Trabalho não publicado.
- Faria, J. & Ribeiro, M. T. (2011). Factor analysis and psychometric evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) in a Portuguese population. *Psychiatric Research*. Manuscrito submetido a publicação.
- Fukui, S., Starnino, V. R., & Nelson-Becker, H. B. (2012). Spiritual well-being of people with psychiatric disabilities: The role of religious attendance, social network size and sense of control. *Community mental health journal*, 48(2), 202-211.
doi:10.1007/s10597-011-9375-z
- Hadzic, M. (2011). Spirituality and Mental Health: Current Research and Future Directions. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 13, 223–235.
doi:10.1080/19349637.2011.616080
- Hu, T., Zhang, D., & Wang, J. (2015). A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personality and Individual Differences*, 76, 18-27.
doi:10.1016/j.paid.2014.11.039
- Keyes, C. L. (2006). Subjective well-being in mental health and human development research worldwide: An introduction. *Social indicators research*, 77(1), 1-10.
doi:10.1007/s11205-005-5550-3
- Lavretsky, H. (2012). Resilience, stress, and mood disorders in old age. *Annual review of gerontology and geriatrics*, 32(1), 49-72. doi:10.1891/0198-8794.32.49

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Machin, L. (2007). Resilience in bereavement: Part 1. In B. Monroe, D. Oliviere (Ed.), *Resilience in Palliative Care* (pp. 157-165). Oxford: Oxford University Press.
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. ReportNumber, Lda.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S., (2003). Predictors of post traumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychol. Bull.*129, 52–73. doi:10.1037/0033-2909.129.1.52
- Poletto, M., & Koller, S. H. (2008). Ecological contexts: furthering resilience, risk and protection factors. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25(3), 405-416.
- Robinson, J. S., Larson, C. L., & Cahill, S. P. (2014). Relations between resilience, positive and negative emotionality, and symptoms of anxiety and depression. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(S1), S92. doi:10.1037/a0033733
- Shallcross, A. J., Ford, B. Q., Floerke, V. A., & Mauss, I. B. (2013). Getting better with age: The relationship between age, acceptance, and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 104(4), 734. doi:10.1037/a0031180.
- Sun, J., & Stewart, D. (2007). Age and gender effects on resilience in children and adolescents. *International Journal of mental health promotion*, 9(4), 16-25.
- Urbán, R., Kun, B., Farkas, J., Paksi, B., Kökönyei, G., Unoka, Z., Felvinczi, K., Oláh, A., & Demetrovics, Z. (2014). Bifactor structural model of symptom checklists: SCL-90-R and Brief Symptom Inventory (BSI) in a non-clinical community sample. *Psychiatry research*, 216(1), 146-154. doi:10.1016/j.psychres.2014.01.027
- Werner, E. E. (2013). What can we learn about resilience from large-scale longitudinal studies?. In *Handbook of resilience in children* (pp. 87-102). Springer US. doi:10.1007/978-1-4614-3661-4_6

- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of adult development*, 17(2), 110-119. doi:10.1007/s10804-009-9082-y
- Windle, G., Bennett, K. M., & Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 8. doi:10.1186/1477-7525-9-8

Anexos

Anexo A
Questionário sociodemográfico

Data de aplicação:

Número de ordem:

Questionário Sociodemográfico

De forma a podermos caracterizar globalmente os participantes no estudo pedimos que responda às questões que a seguir se apresentam.

1. **Sexo:** F ☐ M ☐

2. **Idade:** ____ anos

3. **Nacionalidade:** Portuguesa ☐ Outra ☐ Qual? _____

4. **Residência habitual:** Urbana ☐ Rural ☐

5. **Indique o nível de ensino que frequenta, ou se já não estuda, o mais elevado que frequentou:**

< 4º ano ☐ 6º ano ☐ 12º ano (antigo 7º ano) ☐

4º ano ☐ 9º ano ☐ Licenciatura ou mais ☐

6. **Situação Laboral:**

Empregado(a) ☐ Desempregado(a) ☐ Reformado(a) ☐ Dona de casa ☐ Estudante ☐

7. **Qual é a sua profissão principal (ou antiga profissão se reformado ou desempregado)?**

(Indique com precisão o nome da profissão, por exemplo, em vez de engenheiro, empregado têxtil, professor, seja mais preciso e indique: engenheiro agrónomo, preparador de fibras têxteis, professor do ensino básico do 2º ciclo, etc.)

8. **Situação económica:**

Muito satisfatória ☐ Satisfatória ☐ Pouco satisfatória ☐ Nada satisfatória ☐

9. **Estado Civil:**

Solteiro(a) ☐ Casado(a) ou vivendo como tal ☐ Viúvo(a) ☐ Divorciado(a) ou separado(a) ☐

10. **Agregado familiar atual:**

Vive só ☐ Vive com o cônjuge e terceiros ☐ Vive com os pais ☐

Vive com o cônjuge ☐ Vive com terceiros ☐ Outro ☐ Qual? _____

11. **Tem filhos?** Não ☐ Sim ☐ Quantos? _____

12. Relações Familiares e de Amizade

a) Relativamente às suas Relações Familiares, como descreve o grau do contato?

Muito frequente ☐ Frequente ☐ Ocasional ☐ Inexistente ☐

b) Relativamente às suas Relações Familiares, como descreve a qualidade do contato?

Muito satisfatórias ☐ Satisfatórias ☐ Pouco satisfatórias ☐ Nada satisfatórias ☐

c) Relativamente às suas Relações de Amizade, como descreve o grau do contato?

Muito frequente ☐ Frequente ☐ Ocasional ☐ Inexistente ☐

d) Relativamente às suas Relações de Amizade, como descreve a qualidade do contato?

Muito satisfatórias ☐ Satisfatórias ☐ Pouco satisfatórias ☐ Nada satisfatórias ☐

13. Crenças e práticas religiosas:

Católico(a) praticante ☐ Outra Religião ☐ Qual? _____

Católico(a) não praticante ☐ Sem Religião ☐

14. Tem atualmente alguma doença do foro físico ou psicológico? Sim ☐ Não ☐

Se respondeu **Sim** indique, por favor, qual a doença e o ano (aproximado) em que lhe foi diagnosticada:

15. Como avalia o seu estado de saúde?

Muito mau ☐ Mau ☐ Nem mau nem bom ☐ Bom ☐ Muito bom ☐

16. Já vivenciou uma situação ou acontecimento de vida traumático? Sim ☐ Não ☐

a) Se **Sim**, quantas situações ou acontecimentos traumáticos vivenciou na sua vida?

b) Se **Sim**, há quanto tempo atrás?

c) Se **Sim**, descreva brevemente a(s) situação(ões) ou acontecimento(s) de vida traumáticos que experienciou?

Obrigado(a) pela sua colaboração.

Anexo B

Consentimento informado



Consentimento Informado

O meu nome é Luís Alberto Camilo da Silva e estou a realizar uma investigação em Psicologia Clínica, na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, sob orientação do(a) Professor(a) Doutora Maria Eugénia Duarte Silva.

As temáticas abordadas relacionam-se com a Personalidade e Psicopatologia.

Solicita-se, deste modo, a sua participação através da resposta a (9) nove questionários, onde não existem respostas corretas ou incorretas. O importante é que elas reflitam a sua experiência.

A resposta aos questionários deverá demorar cerca de uma hora e meia e pode sempre desistir, caso seja a sua vontade.

Os dados recolhidos serão tratados globalmente e apresentados com total confidencialidade. Se assim o desejar, após o término da investigação, poderá ser-lhe fornecida uma breve informação sobre os resultados da mesma, através do número de telefone 96 420 28 99 ou e-mail: luiss_silvaa@sapo.pt.

Ao assinar este consentimento, declara ter 18 ou mais anos de idade, que tomou conhecimento das indicações dadas anteriormente e que aceita colaborar livre e voluntariamente nesta investigação.

Muito Obrigada pela sua colaboração.

_____ de _____ de 2016

.....

(assinatura)